

**RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe..... della scuola.....
 frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....
 nell'anno scolastico....., affetto da
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da
 prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott

CHIEDONO
 (Barrare la voce che interessa)

di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
 di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____

- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
- La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n..... confezioni integre, Lotto scadenza

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

Numeri Utili

Telefono fisso

Cellulare

N.B

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità
SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome

Nato il..... a

Residente a

In via
.....

Frequentante la classe..... della scuola

sita a in Via

Dirigente scolastico

Affetto da
.....

Nome commerciale del farmaco da somministrare:
.....

Modalità di somministrazione:
.....

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

- Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data alle ore la/il sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna alla scuola una confezione nuova e integra del medicinale
da somministrare al/alla bambino/a come da **PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (allegato 2)**
rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre **comunicerà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento mediante consegna di piano di somministrazione aggiornato.**
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data alle ore la/il sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna alla scuola una confezione nuova e integra del medicinale
da somministrare al/alla bambino/a come da **PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (allegato 2)**
rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre **comunicerà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento mediante consegna di piano di somministrazione aggiornato.**
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura di entrambi i genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Considerato che il minore affetto da e
constatata l'assoluta necessità attestata da **certificazione medica**, chiedono che **il minore si
auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del
personale della scuola, come da allegata PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (**allegato 2**)
rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i
dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data *il*

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitore

Genitore

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs. 196 del 30/06/2003
Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

Desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche. La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata. I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.

Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico:

Prof.ssa Denise Turchetta

Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore S.G.A.:

Dott.ssa Nadia Giovannelli

La S.V. potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Denise Turchetta